

El enfermo alcohólico. Tratamiento y vicisitudes

Graciela Colombo y Francisco Merideño

CEDEX, Cáceres

Introducción

El alcohol es la droga más consumida en las sociedades industrializadas. Se trata de una sustancia química psicoactiva que tiene una acción reforzante positiva; puede crear dependencia psicosocial y adicción, desarrolla tolerancia y ocasiona importantes efectos tóxicos en el organismo tras su uso prolongado. Por todo ello, ha sido incluido por la OMS en el grupo de sustancias consideradas drogas causantes de dependencia (1).

En la actualidad, las bebidas alcohólicas constituyen la droga cuyo consumo se encuentra más extendido y arraigado dentro de nuestro contexto cultural. La prevalencia del alcoholismo ha aumentado de manera alarmante; se reduce cada vez más la edad en que se empieza a consumir y afecta a nuevos grupos de población: los jóvenes y las mujeres (2).

El alcoholismo es una enfermedad prevenible y tratable con éxito, por lo cual es fundamental sensibilizar a la población ante el excesivo consumo de bebidas alcohólicas en los jóvenes y en la población general.

A finales del siglo XIX, el alcoholismo ya se consideraba de interés sanitario y social. "La sensibilidad de los medios sanitarios ante los problemas que el alcoholismo planteaba en una sociedad en desarrollo industrial fue alta, en una época en que la higiene y la prevención de las enfermedades eran metas que los países europeos iban logrando con éxito creciente", afirma Santo-Domingo (3).

Según datos del año 1999 del Observatorio Español sobre Drogas, el 87% de los españoles con edad entre 15 y 65 años ha bebido alcohol

alguna vez, casi el 62% lo ha consumido durante el mes anterior a la encuesta y aproximadamente el 14% toma algún tipo de bebida alcohólica a diario.

De acuerdo con un informe del Plan Nacional sobre Drogas (4), cerca de un millón de españoles bebe alcohol en exceso los días laborables. De ellos, 263.000 lo consumen en tales cantidades que se consideran cercanos al grado de alcoholismo. Alrededor de 1.300.000 personas se emborranchan los fines de semana; en 285.000 de estos casos su consumo comporta un alto riesgo.

El porcentaje más elevado de bebedores abusivos de fin de semana se encuentra en la franja de edad entre los 20 y los 24 años, seguido de los 25 a los 29 años. En el año 2000, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia dio a conocer un informe, que revela la presencia del alcohol en más del 30% de los casos de violencia contra la mujer y en el 35% de las situaciones de maltrato de padres a hijos.

"Aunque se trata de la sustancia que genera más problemas sociales y de salud en nuestra sociedad, según PNSD/OED, es objeto de una gran tolerancia social". En estas condiciones, no es de extrañar el elevado índice y la precocidad de las edades de inicio de su consumo. "Impulsar la prevención desde edades tempranas y reducir la tolerancia hacia su uso deben ser tareas urgentes para la familia, la escuela y el conjunto de la sociedad".

El alcoholismo sigue siendo un grave problema en España. Santo-Domingo señala: "Parece un momento oportuno para que los escasos, diversos y heterogéneos recursos disponibles se vean adecuadamente estimulados y potenciadas sus posibilidades, integrando sus esfuerzos en una acción

de participación pública, institucional y civil, que atienda los problemas del alcohol al nivel necesario hoy día, como otros problemas sanitarios y sociales análogos, y haga posible las medidas preventivas adecuadas y necesarias”.

La integración europea ha influido en la armonización de las alcoholemias permitidas para conducir, según observa Gual (5). Al mismo tiempo incide en la modificación de los patrones de consumo y está modulando la política impositiva.

El alcohol constituye uno de los bienes de consumo, prosigue Gual, que pone más en evidencia las contradicciones de la sociedad. Desde la óptica de la salud pública, las políticas de intervención deben tender a disminuir el consumo global *per capita* de la población. Desde el sector productivo, el objetivo prioritario es la promoción y el incremento de las ventas. En la actualidad, la industria y la publicidad, sin negar la toxicidad, fomentan los beneficios de las bebidas alcohólicas a dosis bajas, así como el consumo responsable y moderado.

Desde el momento en que se establece la adicción, se presentan alteraciones laborales, que empiezan con los desajustes en los horarios de entrada y salida, llegando hasta la degradación laboral y el despido. Entre uno y otro extremo, se manifiesta un deterioro progresivo de las relaciones entre compañeros, incumplimientos con la empresa, absentismo laboral, bajas prolongadas y hospitalizaciones.

En relación directa con el consumo de alcohol está el elevado porcentaje de accidentes de tráfico, los cuales suponen la primera causa de mortalidad entre los jóvenes de 18 a 24 años. Dicho de otro modo, uno de cada cuatro muertos en accidente de tráfico es menor de 25 años (6).

Bajo los efectos del alcohol, un conductor no está capacitado para responder acertadamente al espectro de estímulos que se le presentan. La descoordinación, las alteraciones visomotoras y, sobre todo, el efecto desinhibidor le llevan a tomar las curvas como rectas, a zigzaguear, a salirse del carril correspondiente, a invadir el sentido contrario, a realizar adelantamientos indebidos y, en definitiva, a infringir las normas del Código de circulación, aumentando el riesgo para sí mismo y para los demás.

El enfermo alcohólico y su tratamiento

El tratamiento del enfermo alcohólico es un proceso complejo, ya que en éste intervienen no sólo el enfermo y su relación con la sustancia adictiva, sino una serie de factores como la propia familia, el entorno, el medio laboral y la sociedad en general, con sus reclamos consumistas y sus ritualizaciones. Dentro de la organización sanitaria, el enfermo alcohólico contacta con la atención primaria, con el centro especializado de atención al alcoholismo y con los diversos especialistas a los que le conduce el daño corporal sufrido: medicina interna, enfermedades digestivas, cardiología, neurología, psiquiatría, etc.

Por otra parte, el absentismo laboral, la accidentabilidad, las hospitalizaciones reiteradas y, consecuentemente, las bajas e invalideces ponen en marcha otra gama de recursos sociales y presupuestarios.

En un ámbito social más amplio, las consecuencias del consumo abusivo de alcohol se relacionan con conductas hetero y autoagresivas, que pueden incluso desembocar en el suicidio. Asimismo, hay que hacer referencia a los accidentes de circulación, a los maltratos y a ciertas conductas delictivas o de alteración del orden público.

A pesar de las complejidades inherentes al tratamiento, las posibilidades de recuperación serán mayores cuanto antes se inicie éste. De ahí el papel fundamental que desempeña la detección precoz y el puesto clave que ocupan los profesionales de atención primaria, como el primer eslabón de la cadena sanitaria.

El enfermo alcohólico, o bien el familiar, entran en contacto con el médico de cabecera, en cuyas manos está la oportuna derivación al centro especializado, así como la prevención del alcoholismo y la modificación de los estilos de vida considerados poco saludables (7).

La mayor parte de los afectados se inicia en edades tempranas; pronto comienzan a sufrir alteraciones en áreas importantes de su vida y no suelen relacionar estos problemas con el consumo de bebidas alcohólicas.

Sin embargo, con el tiempo, el sujeto bebe a escondidas o en solitario, piensa repetidamente en la bebida, si tiene sed es de alcohol, bebe deprisa,

evita hablar del tema y experimenta sentimientos de culpa.

El control sobre el consumo va disminuyendo y aparece el autoengaño sobre que dejará el alcohol cuando quiera. Porque es verdad que puede abandonarlo durante días, semanas o meses, hasta que vuelve a entrar en contacto con éste y de nuevo pierde el control. Entonces aparecen unos síntomas nuevos: se altera bruscamente su estado de ánimo, tiene una actitud defensiva, no tolera reproches, en la fase maniaca se hace el gracioso y todo es motivo de risa, cambia de amigos, busca aliados invitando a otros consumidores, presenta una notable desinhibición, cambia la zona habitual de consumo y se autocompadecer por cualquier motivo.

Posteriormente, distorsiona seriamente la realidad personal y circundante, se alteran en gran medida las relaciones interpersonales y laborales, fracasa en la adaptación, presenta formas violentas de relación, cambian definitivamente sus hábitos, se deterioran los sistemas de organización y racionalización y se presencia ya un cuadro de degradación personal y social.

En lo que viene clásicamente a llamarse la carrera alcohólica, acceder al alcohol e instaurar un consumo continuado va llevando paulatinamente a la dependencia psicosocial, que de forma gradual desembocará en el campo de la clínica. Es el tramo de la tolerancia, que permite incrementar la ingesta sin signos aparentes de embriaguez permanente, facilitando el paso a la adicción.

La aparición del síndrome de abstinencia, con manifestaciones que obligan a la ingesta en ayunas, es lo que marca el paso a la adicción. También significa un agravamiento de la problemática psicosocial y de las manifestaciones lesionales tóxicas sobre los diversos órganos. En este momento de la carrera alcohólica, pequeñas dosis de la sustancia causan embriaguez.

Para iniciar la terapia, es fundamental que el paciente alcohólico manifieste una mínima motivación o, por lo menos, que acepte dicho tratamiento.

“En nuestra experiencia, la capacidad de un centro sanitario y de sus profesionales (sea hospitalario o ambulatorio), para motivar a los pacientes alcohólicos al tratamiento depende, básicamente, de la multidisciplinariedad coordinada con la capa-

cidad de conocer el entorno comunitario del paciente”, señala Freixa (8).

En todo momento, la motivación debe ser fomentada y consolidada; se han de evitar los lugares y situaciones de consumo, con el apoyo de familiares y amigos, valorar los cambios y desarrollar alternativas, tanto personales como sociales.

El planteamiento terapéutico del paciente alcohólico (9) deberá abrir dos fases: la desintoxicación y la deshabitación. En la primera de ellas, el objetivo principal será el tratamiento del síndrome de abstinencia. Durante el proceso de deshabitación, se deberá ayudar al paciente a organizar su vida al margen del alcohol.

La desintoxicación del paciente alcohólico implica la inmediata y total supresión del alcohol, lo cual supone, a su vez, prevenir o tratar el síndrome de abstinencia (10). Este proceso tiene lugar en el entorno ambulatorio. Sin embargo, pueden presentarse situaciones que obliguen al internamiento en un centro hospitalario, en las unidades de desintoxicación (UDA): repetidos fracasos en el tratamiento ambulatorio; existencia de una enfermedad somática o psiquiátrica grave, como un cuadro psicótico agudo o ideaciones suicidas; ausencia de una persona responsable de la supervisión del proceso; existencia de antecedentes de convulsiones o delirio, y aparición de un síndrome de abstinencia grave durante el proceso de desintoxicación, a pesar de haber adoptado las medidas terapéuticas correspondientes.

En el mismo sentido, para Alonso Fernández, el ingreso hospitalario se hace indispensable cuando el enfermo se encuentra en una de las situaciones siguientes: abandono o falta de apoyo sociofamiliar; fuerte deterioro de la personalidad; complicaciones médicas graves; necesidad de un plan de desintoxicación especial; presentación de un episodio psicótico agudo, tipo *delirium tremens*; asociación con grave adicción a otras drogas; fracaso repetido del tratamiento ambulatorio; negación pertinaz a iniciar un tratamiento ambulatorio, y peligrosidad para sí mismo o contra otros.

Tanto para el enfermo psíquico como para el alcohólico y sus respectivas familias, el internamiento hospitalario produce estados de ansiedad y moviliza una serie de expectativas, que han de ser trabajadas y esclarecidas lo antes posible. “La

separación producida por la hospitalización desencadena a menudo un intenso sufrimiento e importantes movimientos defensivos por parte de la familia” (11). Las reglas y las normas deben exponerse con claridad, evitando proyecciones mutuas con el hospital y los familiares.

La deshabitación resulta ser un tramo complejo dentro del *continuum* del tratamiento, una vez superada la etapa de la desintoxicación.

La intervención psicoterapéutica propiamente dicha comienza con una evaluación del enfermo, que permite establecer el encuadre correcto para dicha intervención, así como la posibilidad de detectar la presencia de una psicopatología previa.

El estudio psicológico o psicodiagnóstico analizará la capacidad intelectual del sujeto, el grado de funcionamiento o deterioro de las funciones mentales, la estructura de la personalidad y áreas conflictivas del sujeto, la afectividad, el pronóstico de la evolución y la orientación de la acción terapéutica (12).

La psicoterapia individual se inicia una vez conseguida la abstinencia, aunque la intervención del psicólogo ya ha tenido lugar desde el comienzo del proceso de tratamiento, tanto con el enfermo como con la familia.

Sus objetivos generales son, entre otros, favorecer el conocimiento de sí mismo por parte del enfermo, aumentar la motivación al tratamiento y a vivir sin alcohol, fomentar el progresivo desarrollo y estructuración de la personalidad del sujeto, promover las relaciones interpersonales, crear pautas de comportamientos adaptativas, desarrollar su capacidad de observación y crítica, así como para relacionarse con los demás, y estimular la capacidad creadora y de iniciativa.

La deshabitación requiere un tratamiento estructurado, llevado a cabo coordinadamente entre la asistencia primaria y los centros especializados. Según Giner, la terapia se sostendrá sobre los pilares del tratamiento farmacológico, la psicoterapia y el recurso de los grupos de autoayuda.

Para los responsables del área de psiquiatría de la Universidad de Oviedo, el tratamiento más eficaz del alcoholismo en el momento actual “consiste en la combinación de terapias farmacológicas y psicosociales, tanto en la fase de desintoxicación como en la de deshabitación y rehabilitación” (13).

En líneas generales, según explica Gual (14), el modelo biopsicosocial se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Trabajo en equipo multidisciplinario, que incluye médico, psicólogo, enfermero y trabajador social.
- La dependencia alcohólica se define como enfermedad crónica con tendencia a la recidiva.
- La dependencia alcohólica no sólo comporta problemas físicos, sino que tiene importantes repercusiones en el ámbito psíquico individual, así como en el familiar y el sociolaboral.
- El tratamiento debe tomar en consideración no sólo al individuo, sino también a la familia y al entorno sociolaboral más inmediato.
- La rehabilitación es un proceso de reaprendizaje lento, en el que el retorno ocasional a las conductas anteriores (desde consumos ocasionales hasta recaídas francas) no es excepcional, y debe entenderse como parte integrante del proceso de recuperación.
- El proceso terapéutico lo realiza el paciente. Al terapeuta le corresponde una labor de acompañamiento y asesoramiento; su misión principal consiste en ayudar al afectado a hacer buen uso de sus propias capacidades durante todo el proceso de rehabilitación.

El enfermo alcohólico y su familia

El alcohólico no llega a la consulta por sí solo. Principalmente acude guiado por el médico de cabecera (por presión familiar), por algún ex alcohólico rehabilitado o por una asociación o un trabajador social. Según expuso Freixa en el I Congreso Extremeño de Alcohólicos Rehabilitados, “es un grupo de personas que sufren” (15).

Desde esta perspectiva, en opinión de Colombo y Riva (16), cobra vigor la teoría de que la rehabilitación debe enfocarse con la participación de este grupo. Tarea fundamental es hacer comprender a la familia que dejar de beber por parte del enfermo no basta, y que no se trata de una problemática que atañe sólo al afectado; es un problema de grupo.

El alcoholismo traslada al entorno familiar el mismo proceso de desorganización y deterioro que sufre el afectado, lo que produce alteraciones en la dinámica funcional del grupo y, consecuentemente, en cada uno de sus miembros (el cónyuge o los hijos).

Inicialmente la familia oculta, niega o se muestra ambivalente ante el problema, pudiendo llegar incluso a justificarlo. Sin embargo, de forma progresiva, el consumo del enfermo, las situaciones de conflicto y los desajustes se repiten y se agravan. Cuando es notorio el desgaste y lo insostenible de la situación, el afectado se muestra irritable, nervioso, desesperanzado, tenso y agresivo. Amenaza y ataca. Es muy posible que rompa abruptamente las relaciones interpersonales y desaparezca del ámbito conocido.

Es el momento en que también pueden producirse gran tensión y estrés, conductas inadecuadas, alteración de las normas de convivencia, desconcierto y confusión familiar, absentismo laboral, lesiones contra sí mismo y contra otros, accidentes, agresiones tanto verbales como físicas y otras acciones violentas.

Al instalarse y desarrollarse el alcoholismo dentro del ámbito familiar, y aunque no sea una decisión consciente, el grupo deberá optar por hacerle frente, es decir, buscar el camino de la curación, o transigir con él. Según el camino elegido, todos lucharán por conseguir que el enfermo se cure o, a la larga, el alcoholismo se convertirá en el principal organizador central de la vida de la familia. Expresado de otro modo: la vida familiar gira en torno al alcohol.

“La introducción del alcoholismo en la familia posee la capacidad potencial de alterar en profundidad el equilibrio que existe entre el crecimiento y la regulación en el seno de la familia”, señala Steinglass y cols. (17). Por lo general, la familia se ve impulsada a regular la estabilidad como sea a corto plazo, a expensas de su crecimiento y promoción a largo plazo.

Surge entonces una serie de síntomas, entre los que destacan la pérdida de responsabilidad, la agresividad, la desestructuración familiar, las alteraciones psicológicas en alguno de los miembros, los malos tratos y los abusos sexuales.

Según fuentes de Pérez Miranda, el 60% de los niños maltratados tienen un abuelo alcohólico, el

90% de los padres que maltratan a sus hijos son de padre o madre alcohólicos, y el 85% de los niños maltratados viven en un entorno con, al menos, uno de los progenitores alcohólicos (18).

En el proceso de la patología familiar progresiva, clásicamente se han venido estableciendo cuatro fases sucesivas: la disociación familiar, la separación conyugal, la disgregación familiar y la degradación familiar.

De acuerdo con los técnicos del Programa Alfil (19), expertos en el tratamiento de los problemas de alcohol en la familia, convivir con el alcoholismo sería algo parecido a soportar la presencia de un enorme y molesto elefante en el salón, del que no puedes hablar con nadie. Por ello, plantean como primera medida hablar sobre el tema en el seno del grupo, apoyar al enfermo y pedir ayuda.

El familiar o la persona que convive con el enfermo alcohólico es víctima de la enfermedad, ya que, aunque no tiene las características peculiares del alcohólico, sí que presenta una sintomatología específica y la enervación de sus propios rasgos de la personalidad, como extremada sensibilidad, agudeza captativa, problemas de adaptación al entorno, aumento de rasgos paranoides, irritabilidad, desconfianza y mal humor, así como altibajos emocionales, disminución de la autoestima y marcados rasgos depresivos.

El papel de esposa de alcohólico reúne hoy por hoy abundantes apreciaciones, tanto clínicas como sociales. A partir de nuestra práctica clínica, señalaremos dos aspectos básicos:

- 1) La situación personal de la esposa está determinada por la postura que adopta ante el alcoholismo de su marido, así como por su propia personalidad.
- 2) Para que el tratamiento sea eficaz, tanto el afectado como su esposa deben participar en el proceso de rehabilitación.

El cónyuge fluctúa entre la oposición frontal y la resignación o el aislamiento. Se ve obligada al intercambio de roles, por lo cual, al hacer de padre y madre, debido a la ausencia del enfermo, estará siempre dispuesta al reproche y al desprecio, proceso que seguramente acabe en separación.

Para Alonso Fernández (20), la tipología de esposa de alcohólico más frecuente es la de la fría

sobreprotectora maternal, que relega a su compañero a una función subalterna, o incluso le obliga a aceptar la inversión de papeles en el hogar.

Las esposas pueden mantener conductas de complicidad con el alcoholismo de sus maridos. Algunas de ellas presentan trastornos psíquicos cuando el marido consigue la abstinencia y avanza en su plan de mejoría (a pesar de sus protestas de que la curación de él es su único objetivo). Por otro lado, abundan lo que se llaman esposas repetidoras, es decir, mujeres de padre alcohólico, que se unen a un alcohólico y que pueden llegar a formar sucesivas parejas con personas que tienen esta enfermedad.

Cuando el alcoholismo se da en la mujer, "el problema adquiere unas connotaciones especiales, ya que presenta una mayor vulnerabilidad y enmascaramiento. Hay por tanto una mayor dificultad, sobre todo cuando el problema se ha perpetuado en el entorno familiar, apareciendo en estadios avanzados y con fracasos anteriores en intentos de tratamientos ambulatorios" (21).

Los trabajos sobre las características cognitivas del alcoholismo femenino llevados a cabo por Pérez Gálvez (22) revelan que el patrón de consumo entre las mujeres alcohólicas está más relacionado con los sentimientos intra e interpersonales negativos que con los factores sociales y los sentimientos positivos.

Aunque la integración de la mujer en el sistema productivo ha venido desarrollándose de manera simultánea con su incorporación paulatina y progresiva al consumo abusivo y patológico del alcohol, la función de muchas de ellas todavía está exclusivamente focalizada en las tareas de mantenimiento del hogar y cuidado de los miembros de la familia. Para Rodríguez Martos, en estos casos la dependencia se desarrolla para "calmar dismenorreas, olvidar sus penas, llenas sus horas, o cuando ya no hay marido ni niños que cuidar (síndrome del nido vacío)" (23).

Los maridos de mujeres alcohólicas pueden reaccionar negando el problema, intentando controlar la ingesta de alcohol de su esposa o desentendiéndose totalmente.

En el 90% de las familias en tratamiento existe una elevada conflictividad doméstica. En una estadística reciente de nuestro entorno, según cita

Pérez Miranda (18), en el 58% de los casos de alcohólicos casados el conyuge ha pensado en la separación, el 28,1% de las parejas están separadas y el 5,2% la está tramitando.

Tratándose del marco familiar primario, tiene lugar un proceso idéntico, que suele desencadenar el abandono del domicilio, ya sea por la propia iniciativa del enfermo o por la expulsión.

Dentro del grupo familiar, el cónyuge del alcohólico debe hacer extraordinarios esfuerzos para mantener las relaciones familiares. También se verá obligado a asumir roles que no le competen, ya que el enfermo los dejará abandonados a su suerte y no responderá a los reproches que se le hagan en este sentido.

Un cuadro que se da con frecuencia es la paranoia celotípica, que suele traducirse en sospechas patológicas en su cónyuge. "Estos sentimientos de celos pueden variar desde sospechas ligeras y transitorias, cuando el sujeto se encuentra intoxicado, hasta convicciones firmes que persisten a pesar de la abstinencia" (24). Esto es resultado de la impotencia, la atrofia testicular y la pérdida del apetito sexual sufrida por el enfermo; síntomas que, unidos a sus rasgos de personalidad, le llevan a desconfiar de las expresiones de reserva y rechazo.

Las actitudes que adoptan la pareja y las personas próximas al enfermo alcohólico son decisivas a la hora de apoyar su motivación para abandonar el alcohol y realizar el tratamiento adecuado. Es aconsejable mantener el encuadre familiar, es decir, el espectro de normas y costumbres habituales.

En la *Guía para ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo* (19), se enuncian consejos para ayudar a la pareja:

- "Muéstrole tu preocupación por los problemas que está ocasionando el alcohol en vuestras vidas, sin culpabilizarle. Suele ser útil escoger el momento posterior a una crisis para hablar del tema".
- "Ten paciencia. La recuperación lleva tiempo. No te desanimes ante reacciones de negación del problema, falsas promesas, enfados, o incluso ante una posible recaída. Siempre es posible retomar el proceso de recuperación".

- “Insiste en el tratamiento y ofrécele tu apoyo y comprensión. Mantén firmemente tus convicciones para continuar ayudándole. Ofrecete a acompañarle a las visitas”.
- “Sigue los consejos de los especialistas. Si tu pareja abandona la terapia, acude tú para que te asesoren. Pero no asumas el tratamiento en su lugar”.

Las familias donde el alcohol y los malos tratos forman parte de la vida cotidiana, sufren una gran desestructuración. Aparecen respuestas como el temor, motivada por las conductas imprevisibles del enfermo (sobre todo si éstas son violentas), la culpa, al sentirse responsable del alcoholismo de uno de los miembros de la familia, o la vergüenza, causada por el rechazo social (24).

La proporción de alcohólicos entre los hijos de enfermos es notablemente superior a la registrada en la población general. Algunos autores sostienen que entre el 25% y el 55% de los hijos de personas con esta dependencia desarrollarán también la enfermedad.

El alcoholismo de los padres se transmite fundamentalmente a través de la convivencia, ya sea por vía indirecta, a causa de los sentimientos de soledad, fracaso y desesperanza que reinan en el grupo familiar afectado, o directamente, por la identificación y la imitación del modelo parental, máxime cuando éste es temido por sus ataques de violencia.

Del Arco Julián sostiene que en los hijos “repercute de forma directa toda la problemática que acarrea un padre o una madre enfermos, y un padre o una madre en contra de la enfermedad” (25).

Los hijos de alcohólico constituyen un grupo de riesgo, con elevada probabilidad de desarrollar problemas, debido a la interacción de los factores biopsicosociales en el seno familiar, aunque también es verdad que no todos los casos presentan síntomas graves.

Los efectos del alcoholismo paterno son muy variables, dependiendo de la interacción de los factores de riesgo y de resistencia que se dan en cada caso concreto (26). Sus consecuencias adversas guardan relación con la presencia de violencia, signos y síntomas de alcoholización fetal, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la personalidad, ansiedad y depresión, problemas

de conducta, fracaso escolar y consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

La psicoterapia grupal

La psicoterapia individual se ve beneficiada y reforzada por la psicoterapia de grupo. “Los enfermos (...) estarán en mejores condiciones de aprovechar los resortes sanadores de la terapia grupal” (27).

Además de crear una situación nueva para el enfermo, en la cual podrá encontrarse a sí mismo y establecer alianzas terapéuticas, la psicoterapia grupal favorece el establecimiento de relaciones interpersonales, el análisis de las resistencias al tratamiento y la interpretación de las recaídas.

Según Rodríguez Martos (23), existen indicios de que los programas terapéuticos que incluyen grupos obtienen resultados superiores a aquellos en los que no se trabaja de esta forma.

En opinión de Sáiz Martínez (13), en los primeros momentos suele ser difícil el tratamiento de los pacientes, ya que presentan grandes carencias afectivas, tienen ideas mágicas acerca de la cura o usan mecanismos de negación.

En el curso de la terapia grupal se produce el *insight*, es decir, el enfermo contacta con su propia realidad personal. Comienza entonces a desmontar defensas y a desarrollar sentimientos de esperanza en el cambio, a la vez que se reconoce como protagonista de éste.

La dinámica propia de cada grupo se desarrollará en función de sus miembros. Inicialmente, el trabajo se basa en las expectativas mágicas respecto a la cura y en los mecanismos de negación de la problemática.

Al incluir a un enfermo en este tipo de terapia, debe quedar muy claramente establecido el tipo de encuadre sobre el que se asentará el proceso: horario, calendarización, puntualidad, notificación de ausencias, confidencialidad, sinceridad, abstinencia total, etc. “El grupo constituye un vehículo de gran utilidad para trabajar de forma eficaz las relaciones, la comunicación, la capacidad de ayuda y compromiso, y el autoconocimiento” (12). La asistencia a la terapia grupal obliga a establecer compromisos, como el cambio individual y el logro y la consolidación de la abstinencia.

En el grupo se tratan diferentes aspectos considerados como terapéuticos. El paciente alcohólico recibe una adecuada información sobre los problemas que tiene (y con los que se identifica), así como acerca de los tópicos que abundan en torno al alcohol:

- *El alcohol disminuye la timidez.* Impide el funcionamiento normal del control de la inhibición, por lo cual el sujeto se siente espontáneo y locuaz.
- *El alcohol reduce la ansiedad.* El sujeto tiene más probabilidad de manifestar otras emociones que se desinhiben, como ira, celos, remordimientos, tristeza y nostalgia.
- *El alcohol actúa como estimulante.* En realidad es todo lo contrario, ya que, al ser un depresor del sistema nervioso central, adormece progresivamente sus funciones, lentifica los reflejos y produce falta de coordinación.
- *El alcohol es un excitante sexual.* Aunque actúa como desinhibidor, afecta a los nervios periféricos, interfiriendo negativamente en la capacidad sexual.
- *El alcohol da calor.* Por la dilatación de los vasos sanguíneos se produce calor en la superficie, pero en el interior del cuerpo el efecto real es equivalente al del ambiente, es decir, refrigera si hace frío y calienta si hace calor.

En un primer momento de la terapia grupal, los objetivos que se tratan de alcanzar se centran principalmente en la motivación al tratamiento, la toma de conciencia del consumo abusivo y la dependencia, la posibilidad de cambio, aprender a realizar valoraciones realistas, mejorar la capacidad de comunicación, aliviar las situaciones dramáticas del aquí y ahora, aumentar la autoestima y, muy especialmente, promover el mantenimiento de la abstinencia.

A corto y a medio plazo, los objetivos principales son adquirir conciencia de enfermedad, identificar los rasgos propios de la personalidad enferma, identificar las situaciones de peligro y los factores personales de riesgo, analizar las recaídas, para poder prevenirlas, y desarrollar conductas alternativas, tendentes al logro de un mayor bienestar para el enfermo y su familia.

Yuguero Espinet distingue las siguientes modalidades de terapia grupal:

- Los grupos de discusión: son grupos abiertos que cuentan con la participación tanto de afectados como de familiares. Su finalidad es mantener y estabilizar la abstinencia, concienciar de la enfermedad y sus consecuencias, así como restablecer la dinámica afectiva y familiar. Con la orientación de un psicoterapeuta, estos grupos mantienen una o dos sesiones semanales.
- Los grupos de profundización: se trata de grupos de estudio y formación, creados con el objetivo de asumir tareas terapéuticas. Resultan eficaces para aquellos alcohólicos con más de dos años de abstinencia que ya han abandonado el grupo de discusión, pero desean colaborar de esta forma, como medio de continuar su propia rehabilitación.
- Los grupos de familiares: diferentes a la intervención de los familiares en los grupos de discusión, aquí los participantes, que son generalmente cónyuges, analizan y comprenden el proceso de la enfermedad, aprenden a contener la ansiedad y cuestionan sus propias actitudes, llegando incluso a cambiarlas.

Los grupos de autoayuda

“Los alcohólicos rehabilitados comenzamos a asociarnos como alternativa al vacío asistencial y a la carencia de recursos en España”, afirma la Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE).

En la década de 1970 surge un fuerte movimiento asociativo que intenta dar respuestas, frente al marco sanitario y social incipiente. “Comienza a desarrollarse un modelo de atención a afectados y familiares que, partiendo de un modelo médico que no da respuestas suficientes, evoluciona hacia un modelo biopsicosocial, con incorporación de profesionales de la psicología y de la asistencia social” (21).

El ex alcohólico es en sí mismo una propuesta de identidad rehabilitadora, e incorpora un nuevo recurso: la socioterapia de la experiencia.

Para el enfermo, el grupo de autoayuda se convierte en su grupo de pertenencia. En la fase de ayuda

mutua (28), mediante la inversión progresiva del rol, el alcohólico pasa de recibir ayuda a ofrecerla, lo cual refuerza notablemente su opción de abstinencia.

Estas asociaciones, de carácter eminentemente voluntario, realizan funciones de información y difusión de la problemática alcohólica entre la población general. Asimismo llevan a cabo actuaciones de repesca de aquellos pacientes que han iniciado el tratamiento, pero lo han abandonado. Por otra parte, organizan encuentros y convivencias de carácter lúdico, que refuerzan los vínculos relacionales y la consolidación de los objetivos de curación.

Para Alonso Fernández, las asociaciones de autoayuda de los ex alcohólicos, los alcohólicos rehabilitados y los alcohólicos anónimos vienen efectuando una labor encomiable en la prestación de ayuda emocional e informativa a los familiares de los enfermos.

Los grupos de autoayuda refuerzan la motivación para dejar el consumo y para aprender a vivir sin alcohol. La asistencia a estos grupos, cuya periodicidad es de una o dos veces por semana, se incorpora como un elemento más al resto de las intervenciones terapéuticas.

Las finalidades básicas de estos grupos mixtos consisten en motivar al propio paciente y a la sociedad para el tratamiento y la recuperación del enfermo alcohólico; colaborar en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción del paciente alcohólico; seguir las fases del proceso en que se encuentra cada uno de sus miembros; colaborar con los profesionales de los equipos asistenciales; promocionar información sanitaria o social sobre el alcohol; apoyar la lucha preventiva contra el alcoholismo; colaborar en los estudios epidemiológicos, etc. (13).

Los técnicos deben formarse para cooperar con las asociaciones de autoayuda, a la vez que beneficiarse de las ventajas que éstas reportan. Para Freixa, "la capacidad de los equipos multidisciplinarios técnicos en el empleo de los recursos socioterapéuticos de la autoayuda es una prueba de la madurez de los mismos".

Bibliografía

1. Yuguero Espinet JI, Rojo Rodés JE. Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Belvitge Prínceps d'Espanya. Barcelona.
2. FARE. Las asociaciones de alcohólicos rehabilitados en España. XII Congreso Mundial de Psiquiatría Social. Washington DC; 1990.
3. Santo-Domingo J. Evolución del alcoholismo y su existencia en España. Adicciones 2002;14.
4. Drogas: + información – riesgo – Tu Guía – PNSD – Mº del Interior.
5. Gual A. Epílogo. Adicciones 2002;14.
6. Fuentes de la FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.
7. Aubá J, Freixedas R. Alcoholismo: prevención desde la atención primaria. Med Clin (Barc) 1990;94.
8. Freixa F. Reflexión de un clínico sobre el bebedor controlado. Revista Española de Drogodependencias 1990;15(1).
9. Boves García J, et al. Abordaje terapéutico de los alcoholismos. Trastornos Adictivos 2000;2(3).
10. Giner J, Franco MD. Problemas relacionados con el alcohol. In: Vázquez-Barquero. II. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 1998.
11. Salem G. Abordaje terapéutico de la familia. Barcelona: Masson; 1990.
12. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Cuaderno de orientación para psicólogos. 1987.
13. Sáiz Martínez PA, González García-Portilla MP, Boves García J. Abordaje terapéutico de los alcoholismos. Trastornos Adictivos 2000.
14. Gual A. Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. Adicciones 2002;14.
15. Freixa F. I Congreso Extremeño de Alcohólicos Rehabilitados; septiembre 1989; Cáceres.
16. Colombo y Riva G. Alcohol: aspectos Psicosociales (ponencia). In: Curso para Técnicos de Atención Primaria. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo; mayo-junio 1991; Cáceres.
17. Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D. La familia alcohólica. Gedisa: Barcelona 1997.
18. Pérez Miranda M. Alcohol: repercusiones patológicas. Lección inaugural del curso académico Uex; 1991; Cáceres-Badajoz.
19. Programa ALFIL. ¿Alcohol en la familia? Plan Nacional sobre Drogas. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2001.
20. Alonso Fernández F. Los secretos del alcoholismo. Madrid: Ediciones Libertarias; 1998.
21. Cañuelo Higuera B. Alcohol y exclusión social. Adicciones 2002;14.
22. Pérez Gálvez B, De Veinte Manzano P. Avances en drogodependencias. II. Libro de Actas XX Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol; 1992; Córdoba.
23. Rodríguez Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat; 1989.

24. Consellería de Benestar Social, Generalitat Valenciana. Abuso de alcohol y violencia doméstica. Interacción, problemas y sugerencias para la intervención. Valencia; 2001.
25. Del Arco Julián MI. Clínica psicológica del alcoholismo. Tratado de alcoholología. Lab. REDIA; 2000.
26. Díaz R, Ferri MJ. Intervenciones en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólico. Adicciones 2002;14.
27. Alonso Fernández F. La relación del terapeuta con el enfermo alcohólico. In: Los secretos del alcoholismo. Madrid: Ediciones Libertarias; 1998.
28. González Menéndez R. Tratamiento del alcoholismo. Revista Española de Drogodependencias 1990;15.

Lecturas recomendadas

- Alonso Fernández F. Alcoholdependencia. Madrid: Pirámide; 1981.
- Alonso Fernández F. Alcoholdependencia. La personalidad del alcohólico. Barcelona: Salvat; 1988.
- Aizpiri J. Ponencia II Congreso Mundial Vasco. Vitoria: Publicaciones Gobierno Vasco; 1988.
- Bach, Freixa F, Gasull MA. Psicopatología del alcoholismo. Barcelona: Pargraf; 1978.
- Bayés R. Iniciación a la farmacología del comportamiento. Barcelona: Fontanella; 1977.
- Bogan E. El alcoholismo enfermedad social. Barcelona: Plaza & Janés; 1976.
- Freixa F, Soler Insa PA. Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario. Barcelona: Fontanella; 1981.
- Freixa F, Masferrer J, Sala L. Urgencias en Drogodependencias. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidad. Plan Autonómico de Drogodependencias; 1988.
- Freixa F. La enfermedad alcohólica. Barcelona: Herder; 1996.
- Repetto M, et al. Toxicología de la Drogadicción. Monografías de la Asociación Española de Toxicología nº 1. Madrid: AET; 1985.
- Santo-Domingo J. El alcohol y la cultura del beber. Los problemas del alcohol en España. In: Drogas. Nuevos patrones y tendencias de consumo. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2001.
- Soler Insa PA, Freixa F, et al. Trastorno por dependencia del alcohol. Conceptos actuales. Barcelona: Delagrangue; 1976.